



POTVRDENIE O ABSOLVOVANÍ SÚVISLEJ PRAXE V MŠ/ŠKD

Meno a priezvisko žiaka:

študijný odbor 7649 N učiteľstvo pre materské školy a vychovávateľstvo

študijný odbor 7649 M učiteľstvo pre materské školy a vychovávateľstvo

trieda:

školský rok:

(Názov), adresa a kontakt školy:

.....
.....

Termín absolvovania praxe od:do:.....

Prax realizovaná v rozsahu:dní/hod.....(MŠ deň/6 hodín, ŠKD deň/5 hod)

Cvičná učiteľka/vychovávateľka:

Kontakt na cvičnú učiteľku/vychovávateľku:

HODNOTENIE (platí len pre 3. a 4. ročník SOŠPg)

Potvrdzujeme absolvovanie odbornej praxe žiaka v zmysle platných pokynov ku praxi a dohody medzi SOŠPg Bullova 2 v Bratislave a nášho zariadenia.

V.....dňa

Pečiatka a podpis riaditeľky školy:.....